

**SERVICE ENFANCE JEUNESSE**

**Cadre réservé à l’administration**

Nom de la famille :

………………………………………….

**DOSSIER UNIQUE D’INSCRIPTION**

HOTEL DE VILLE DE SERQUIGNY

Tél : 02.32.44.10.15

Mail: mvicaire@serquigny.fr

Préalable à toute inscription, le Dossier Unique d’Inscription vous permet de fournir, en une seule fois, à la commune de Serquigny l’ensemble des pièces requises en vue d’une inscription à l’une ou l’autre des activités ou structures communales suivantes:

 **Garderie,**

 **Restaurants scolaires.**

**Ce dossier doit être actualisé chaque année.**

**Liste des documents à fournir:**

**DOSSIER EN LIGNE A RETOURNER OBLIGATOIREMENT PAR MAIL (mvicaire@serquigny.fr)**

**AVANT LE 30 JUILLET 2020**

**Tout enfant dont le dossier sera incomplet ne pourra pas être accueilli. Il est vivement   
conseillé de compléter tous les documents même si la fréquentation des services n’est que ponctuelle.**



****

☐

Photocopie de l’avis d’imposition 2019 puis 2020 dès réception de celle-ci,

**☐**

Photocopie de votre carte vitale *(du parent auquel l’enfant est rattaché).*

☐

SITUATION FAMILIALE

Responsables légaux :

|  |
| --- |
| ……………………………… |

Adresse postale :

CP : VILLE :

Mail :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

|  |
| --- |
| **N° Allocataire:** |
|  |
| **Quotient Familial:** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Régime Général CAF | ☐ |
| M.S. A | ☐ |
| Autre Régime | ☐ |
| Aucun | ☐ |

|  |
| --- |
| **Compagnie d’assurance:** |
|  |
| **N° de Police:** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Noms et Prénoms des enfants fréquentant les structures communales :** | Nombre total d’enfants à charge : |
| 1/ | 4/ |
| 2/ | 5/ |
| 3/ | 6/ |

**Père / Mère:**

**Nom et Prénom:**

**Adresse:**

**Code Postal: Ville:**

**Téléphone fixe: Téléphone portable:**

**Mail:**

**N° de Sécurité Sociale:**

**Profession:** **Employeur:**

**Nom et Prénom:**

**Adresse:**

**Code Postal: Ville:**

**Téléphone fixe: Téléphone portable:**

**Mail:**

**N° de Sécurité Sociale:**

**Profession: Employeur:**

**Père / Mère:**

**Tuteur (trice): (Familles d’accueil uniquement)**

**Nom et Prénom:**

**Adresse:**

**Code Postal : Ville:**

**Téléphone fixe: Téléphone portable:**

**Mail:**

**N° de Sécurité Sociale:**

**Profession *(mention obligatoire):* Employeur *(mention obligatoire):***



**RESTAURANT SCOLAIRE**

**- - - - - - - - - - - - - - - - - - - -**

**Inscription**

NOM :

PRENOM :

CLASSE :

**Inscription au restaurant scolaire :**

**LUNDI ☐**

**MARDI ☐**

**JEUDI ☐**

**VENDREDI ☐**

**OCCASIONNELLEMENT☐**

*La facturation est faite mensuellement, envoyée par la Mairie de Serquigny, à régler par Chèque (à l’ordre du Trésor Public), en Espèces, par Carte Bancaire, directement à la Mairie de Serquigny, ou* ***en ligne sur le site :***[www.mesfacturesonline.fr](http://www.mesfacturesonline.fr) .